

VU Research Portal

Netwerken en gezondheid

van Tilburg, T.G.; Broese Van Groenou, M.I.

published in
Sociale netwerken
2013

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

van Tilburg, T. G., & Broese Van Groenou, M. I. (2013). Netwerken en gezondheid. In B. Völker, H. Flap, & G. Mollenhorst (Eds.), *Sociale netwerken* (pp. 139-151). Noordhoff.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:
vuresearchportal.ub@vu.nl

10

Netwerken en gezondheid

Theo van Tilburg en Marjolein Broese van Groenou

- 10.1 Relaties en gezondheid
- 10.2 De relatie tussen netwerken en gezondheid
- 10.3 De vier modellen besproken
- 10.4 Sluiten de modellen elkaar uit?

Persoonlijk relatienetwerk 141

Netwerkomvang 142

Netwerksamenstelling 142

Familie 142

Diversiteit 142

Sociale steun 143

Barrièremodel 144

Mobilisatiemodel 144

Stressmodel 145

Hoofdeffect 146

Buffereffect 146

Gedragbeïnvloedingsmodel 146

Hoe hangen netwerken en gezondheid samen?

Ongezonder als barrière

De heer Alberts (66 jaar) heeft veel contact met familieleden, vrienden en mensen van zijn vrijwilligerswerk. Nadat bij hem de ziekte van Alzheimer wordt vastgesteld, wordt hij geheel afhankelijk van zijn vrouw en brengt zijn dag vooral binnenshuis door. Vrijwilligerswerk houdt hij niet meer vol. Zijn wereld is teruggebracht tot het contact met zijn vrouw, hun kinderen en enkele burens.

Mobilisatie bij ziekte

Huisvrouw Van Buuren (60 jaar) heeft een groot netwerk. Ze is lid van een tuinclub, past regelmatig op haar kleinkinderen en doet vrijwilligerswerk. Dan krijgt ze darmkanker en ondergaat veel behandelingen. Haar echtgenoot en kinderen staan haar bij: ze brengen haar naar het ziekenhuis en beuren haar op als ze het moeilijk heeft. Kennissen komen vaak op bezoek. Mede daardoor doorstaat ze de behandelingen. Na een jaar is de kanker verdwenen. Ze geeft een groot feest voor allen die haar in de moeilijke periode nabij gebleven zijn.

Sociaal geïsoleerd

Mevrouw Coenders (69 jaar) woont alleen en haar enige contacten zijn die met de thuishulp en een vrijwilligster van de Zonnebloem. Sinds haar man vorig jaar overleed hyperventileert ze regelmatig en belt ze dagelijks haar huisarts. Toch mankeert haar lichamelijk niets. Ze zegt: 'Ik vind het fijn als de mevrouw van de Zonnebloem komt. Dan gaan we samen naar buiten. Alleen durf ik dat niet.'

Samen actief

Moeder Dekker (55) rookt. Vader (61) is te zwaar en gebruikt veel medicijnen. Zoon (23) en schoondochter (21) zijn ook veel te zwaar. In het tv-programma 'Je echte leeftijd' voelen ze zich gestimuleerd om hun leefstijl te veranderen. Ze gebruiken de fiets in plaats van de auto, gaan naar de sportschool en eten gezonder. In een maand tijd rookt moeder veel minder en verliezen de andere gezinsleden elk meer dan 10 kilo gewicht en is hun conditie verbeterd.

10.1 Relaties en gezondheid

Een netwerk van persoonlijke relaties en gezondheid kunnen elkaar wederzijds beïnvloeden. Enkele voorbeelden daarvan worden in de casussen weergegeven. Soms heeft ziekte negatieve gevolgen voor je netwerk, zoals bij de heer Alberts waar gezondheidsproblemen het onderhouden van relaties bemoeilijken. Een andere keer werkt ziekte positief op je netwerk, zoals bij mevrouw Van Buuren. Als je in tijden van ziekte veel steun hebt aan je relaties kun je daardoor misschien eerder beter worden. En bij de familie Dekker zien we dat hoe je omgaat met je gezondheid beïnvloed kan worden door je sociale relaties.

In hoofdstuk 3 hebben we besproken dat je netwerk kan bijdragen aan een langer leven. In dit hoofdstuk behandelen we verschillende vormen van samenhang tussen persoonlijke relatienetwerken en gezondheid. We beantwoorden vragen als: Hebben gezondheidsproblemen altijd een negatief effect op je relatienetwerk? Kan het netwerk voorkomen dat je ziek of zieker wordt? Maakt het daarbij nog uit welke gezondheidsproblemen je ervaart?

Voor we ingaan op de wederzijdse invloed tussen netwerken en gezondheid, nemen we eerst een aantal belangrijke aspecten van het persoonlijk netwerk onder de loep.

Persoonlijke netwerken

Persoonlijke relaties vormen samen een netwerk. Dit betekent dat je verbonden bent met allerlei personen die ook onderling weer contact kunnen hebben. Het persoonlijk relatienetwerk is de verzameling van relaties waarmee je persoonlijk contact hebt. Binnen een persoonlijke relatie ken je elkaar vrij goed en weet je allerlei persoonlijke dingen van elkaar. Daarmee onderscheidt een persoonlijke relatie zich van een zakelijke relatie, waarbinnen het contact beperkt blijft. Verder heb je frequent contact. Dit kan zijn door elkaar persoonlijk te ontmoeten, maar ook via moderne digitale communicatiemiddelen. Kortheidshalve spreken we hierna soms over 'netwerken,' waar we persoonlijke relatienetwerken bedoelen.

Persoonlijk
relatienetwerk

10

Kenmerken van persoonlijke netwerken

We kunnen drie belangrijke kenmerken van persoonlijke relatienetwerken onderscheiden:

- 1 netwerkomvang
- 2 netwerksamenstelling
- 3 inhoud van de relaties

Ad 1 Netwerkomvang

Persoonlijke netwerken maken deel uit van een breder sociaal netwerk. Bij het sociaal netwerk gaat het om allerlei aspecten van de sociale omgeving. Dit omvat niet alleen je meest intieme relaties, of je persoonlijke relaties in bredere zin, maar ook de veelheid aan sociale relaties die je hebt in het dagelijks leven, bijvoorbeeld op school, op het werk, als lid van een sportvereniging of als vrijwilliger in de kerk. Deze laatstgenoemde soort relaties noemen we wel institutionele relaties. Afhankelijk van de onderzoeksmethode waarmee we netwerken in kaart brengen, kunnen netwerken gemiddeld tot wel dertig persoonlijke relaties bevatten (Broese van Groenou & Van Tilburg, 2007). Individueel zijn er binnen dat gemiddelde weer grote variaties. Sommige mensen hebben bijna geen persoonlijke relaties, terwijl andere mensen tientallen persoonlijke relaties in hun netwerk

Institutionele
relaties

Sociale integratie**Netwerk-omvang**

hebben. Buiten deze persoonlijke, informele relaties hebben mensen soms nog wel honderden institutionele, formele relaties. Het complete sociaal netwerk omvat zowel persoonlijke als institutionele relaties en draagt in brede zin bij aan sociale integratie. Sociale integratie is daarmee een eerste belangrijk netwerkkkenmerk. Het aantal netwerkkleden is een belangrijke maat voor de mate waarin mensen geïntegreerd zijn. Het aantal netwerkkleden noemen we netwerkomvang of netwerkgrootte.

*Ad 2 Netwerksamenstelling***Netwerksamenstelling****Familie**

Naast omvang is netwerksamenstelling een tweede belangrijk netwerkkkenmerk (House, Umberson & Landis, 1988). Bij veel mensen bestaat een netwerk voor een belangrijk deel uit familierelaties. Een netwerk met veel familierelaties geeft toegang tot hulp: met familieleden heb je vaak langdurige relaties en van familie mag je hulp verwachten (Haines & Hurlbert, 1992). De samenleving is door de jaren heen veranderd en daarmee onze netwerken. Vroeger kregen mensen veel kinderen, bleven zij bij de familie in de buurt wonen en bestond het grootste deel van het netwerk uit familie. Tegenwoordig hebben jonge mensen minder broers, zussen, neven en nichten. Ouderen hebben veel minder kleinkinderen om tijd mee door te brengen en vullen hun sociale leven meer met leeftijdgenoten.

Leeftijds/opleidings-homogeen**Diversiteit**

Netwerken bestaan vaak uit mensen van ongeveer dezelfde leeftijd (leeftijdshomogeen) of mensen met hetzelfde opleidingsniveau (opleidingshomogeen). Eén van de redenen hiervoor is dat mensen graag omgaan met mensen die op hen lijken (zie ook hoofdstuk 2, 3 en 11). Je netwerk kan echter beter een zekere mate van diversiteit hebben. Dat wil zeggen dat verschillende soorten relaties in voldoende mate voorkomen. Een divers netwerk bestaat bijvoorbeeld naast familieleden uit vrienden en kennissen. Een divers netwerk is waardevol wanneer je informatie of hulp nodig hebt die niet beschikbaar is bij degenen die je het best of het langst kent.

Geografisch verspreid**Virtuele netwerken**

Je netwerk kan bestaan uit veel mensen die dichtbij wonen, maar kan ook geografisch verspreid zijn. Netwerkkleden die dichtbij wonen kun je vaak ontmoeten en zij kunnen gemakkelijk en snel hulp bieden. Maar tegenwoordig wonen netwerkkleden steeds verder van ons vandaan. Voor het volgen van een opleiding of voor een passende en goede baan, verhuizen mensen bijvoorbeeld over een grotere afstand dan vroeger. In de twintigste eeuw werd het contact met verder weg wonende mensen onderhouden door brieven te schrijven of te bellen. Tegenwoordig kun je het contact met hen gemakkelijker en frequenter onderhouden via sociale media op internet. In het verlengde van deze ontwikkelingen zijn virtuele netwerken ontstaan. Bij virtuele netwerken ligt de oorsprong van de relaties niet in ontmoetingen in de werkelijke wereld, maar is er in de eerste plaats contact via sociale media. De opkomst van nieuwe technieken en toepassingen zal persoonlijke netwerken veranderen. Praktische steun kun je bijvoorbeeld vaak moeilijk uitwisselen via internet. Wel kun je frequenter en met meer mensen in contact zijn. En er zijn meer mogelijkheden voor bijvoorbeeld zieke mensen om zich te blijven verbinden met andere mensen en emotionele steun uit te wisselen. We komen hier later in dit hoofdstuk op terug (zie ook hoofdstuk 9).

Ad 3 Inhoud van relaties

De grootte en samenstelling zijn beide uiterlijke kenmerken van een relatienetwerk. Vormkenmerken als netwerkomvang en samenstelling geven de beschikbaarheid en mogelijkheden van relaties aan, maar zeggen op zichzelf

nog weinig over de inhoud van de relaties. De inhoud of functie van relaties is het derde belangrijke netwerkkenmerk.

De inhoud van relaties wordt vaak in vier verschillende functies onderverdeeld: elkaar gezelschap bieden, elkaar advies geven, elkaar instrumenteel ondersteunen en elkaar emotioneel ondersteunen. Je geeft instrumentele steun (praktische hulp) bij bijvoorbeeld klusjes in en rond het huis, zoals planten water geven of boodschappen doen. Je geeft emotionele steun als je luistert naar een ander en zijn of haar persoonlijke problemen of belevenissen bespreekt. De vier verschillende functies worden vaak samengevat onder de noemer sociale steun. De steun die binnen netwerken wordt uitgewisseld, is het meest van invloed op gezondheid. De omvang en samenstelling van het netwerk zijn echter onlosmakelijk met deze sociale steun verbonden: hoe groter en diverser je netwerk is, hoe meer kans dat verschillende vormen van steun worden gegeven.

Inhoud van relaties

Sociale steun

TUSSENVRAAG 10.1

Welke aspecten van een netwerk hebben effect op je gezondheid?

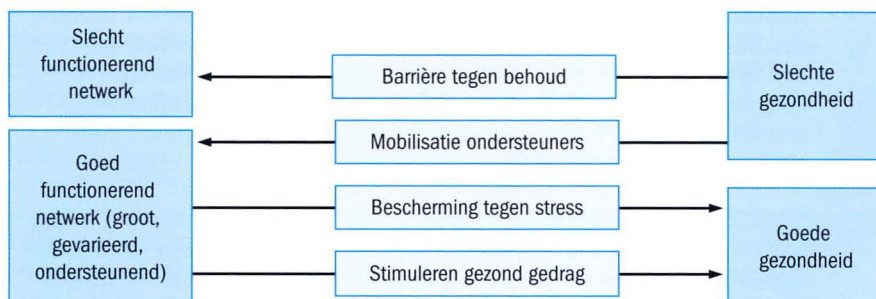
10.2 De relatie tussen netwerken en gezondheid

Netwerken en gezondheid hangen op verschillende manieren samen. We delen deze samenhang in op basis van vier modellen. Het barrièremodel en het mobilisatiemodel beschrijven de gevolgen van ongezondheid voor netwerken. Hiermee leren we de casus van de heer Alberts en de casus van mevrouw Van Buuren beter te begrijpen. Het stressmodel en het gedragbeïnvloedingsmodel beschrijven de gevolgen van het netwerk voor aantasting van gezondheid (Berkman, Glass, Brissette & Seeman, 2000; Smith & Christakis, 2008). De casus van mevrouw Coenders is een voorbeeld voor het stressmodel. De casus van de familie Dekker past bij het gedragbeïnvloedingsmodel.

Figuur 10.1 laat zien hoe de vier modellen die in deze paragraaf worden besproken, zich tot elkaar verhouden. De modellen verschillen in het werkzame mechanisme, maar ook in de oorzakelijke richting. De bovenste twee modellen beschrijven de invloed van (on)gezondheid op het netwerk. De onderste twee werken andersom: deze beschrijven de invloed van het netwerk op gezondheid.

Barrière- en mobilisatiemodel
Stress- en gedragbeïnvloedingsmodel

FIGUUR 10.1 Vier modellen voor de relatie tussen netwerken en gezondheid



10.2.1 Het barrièremodel

Gedurende onze levensloop verandert ons netwerk. Zo wordt een netwerk vaak wat groter na een huwelijk en bij een echtscheiding wat kleiner. Een andere belangrijke verandering is een verslechtering van de gezondheid. Denk hierbij aan iemand die langdurig verzorging nodig heeft, zoals de heer Alberts uit het voorbeeld. Hij is niet meer in staat het contact met personen uit zijn netwerk te onderhouden: gezamenlijk eropuit gaan is onmogelijk geworden. Zijn contacten beperken zich tot zijn mantelzorgers: zijn vrouw, en misschien nog een paar anderen uit zijn netwerk. Als zijn verzorging te belastend wordt voor een mantelzorger, kan dat leiden tot het einde van de relatie (Field, Minkler, Falk, & Leino, 1993). In de situatie van de heer Alberts leidt een verslechtering in gezondheid, of het voortduren van ziekte of lichamelijke beperkingen, tot een aantasting van het netwerk doordat in toenemende mate belemmeringen ontstaan voor het aangaan en onderhouden van relaties. We noemen dit het barrièremodel.

Barrièremodel

Maakt het uit welke gezondheidsproblemen men ervaart, of men last heeft van fysieke beperkingen of juist van cognitieve of mentale problemen? Onderzoek heeft aangetoond dat alle mensen met een ziekte of handicap problemen hebben om hun relaties te onderhouden. Barrières om deel te nemen aan het sociale leven zijn er bijvoorbeeld voor mensen in een rolstoel, die bij het ontbreken van een lift niet naar een andere verdieping kunnen. Als je fysiek moeilijk beweegt, wordt je netwerk kleiner. Je bent dan minder in staat om instrumentele steun te verlenen aan je netwerkliden. Omdat het in sommige relaties belangrijk is dat mensen elkaar over en weer helpen, verzwakken die relaties en gaan ze mogelijk verloren (Van Tilburg & Broese van Groenou, 2002).

Afname van cognitieve mogelijkheden, zoals de heer Alberts is overkomen, heeft soortgelijke gevolgen. Een slechter wordend geheugen en oriëntatievermogen maken het moeilijk met mensen activiteiten te ondernemen en met hen te spreken. Visueel beperkte mensen moeten extra moeite doen om relaties te onderhouden. Als hen dat niet lukt, wordt hun netwerk kleiner. Als je door een slechte gezondheid barrières hebt om contacten aan te gaan en te onderhouden, gaan vooral je relaties met niet-familieleden achteruit (Field, Minkler, Falk, & Leino, 1993). Familieleden krijg je bij geboorte en het kost doorgaans minder moeite om deze relaties aan te gaan of te behouden dan relaties met vrienden en kennissen.

Barrières om relaties te onderhouden, kunnen geslecht of omzeild worden. We geven twee voorbeelden. Ernstig zieke mensen die aan bed gebonden waren en problemen hadden om hun relaties te onderhouden, namen deel aan een proef om hun netwerk te verbeteren (Fokkema & Knipscheer, 2007). Door hen een computer met internetverbinding aan te bieden en hen te helpen in het gebruik daarvan, konden zij e-mailen. Hierdoor intensiveren hun relaties met familie en bekenden, evenals met de vrijwilligers die hen in het kader van het project al regelmatig bezochten. Voor visueel gehandicapten is het moeilijk instrumentele steun te geven en op die manier te investeren in hun relaties. Zij kunnen echter wel emotionele steun geven, waardoor hun relaties toch in stand blijven.

10.2.2 Het mobilisatiemodel

Met een slechte gezondheid kan het moeilijk zijn relaties aan te gaan of te onderhouden. Maar soms leidt een slechte gezondheid juist tot nieuwe of betere relaties. Dit heet het mobilisatiemodel. We noemden al dat mantelzorgers belangrijk zijn in het bieden van hulp aan mensen met gezondheidsproblemen. Maar soms helpen mensen die minder centraal in het netwerk

Mobilisatiemodel

staan (of daar zelfs buiten staan) de patiënt of de persoon met beperkingen (Schwarzer & Leppin, 1991). Zo zien we in het verhaal van mevrouw Van Buuren dat familie, vrienden en kennissen helpen met vervoer (het rijden met een rolstoel), verzorging en gezelschap. Deze hulp komt alleen op gang wanneer de ziekte zichtbaar is, dat wil zeggen als er uiterlijke tekenen zijn of als de ziekte over de ziekte verteld heeft (Tijhuis, Flap, Foets & Groenewegen, 1998). Vooral aan het begin van een ziekteperiode worden netwerkleden gemobiliseerd.

10.2.3 Het stressmodel

Veel mensen participeren in de samenleving via het vervullen van zinvolle netwerkrollen, bijvoorbeeld als ouder. Deze participatie draagt bij aan gevoelens van voorspelbaarheid en stabiliteit, aan gevoelens van eigenwaarde en erbij horen, en het versterkt de identiteit. Bij onvoldoende participatie in een netwerk wordt de gezondheid geschaad. Dit wordt soms het psychologische model genoemd (Berkman, Glass, Brissette & Seeman, 2000), maar omdat het werkt via het tegengaan of afzwakken van stress, wordt het vaker het stressmodel genoemd.

Om het stressmodel te kunnen begrijpen, maken we een uitstapje naar de biologie. Verschillende fysieke systemen raken ontregeld door stress (Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996). Ten eerste is dat het autonome systeem, het gedeelte van het zenuwstelsel dat onder andere de spijsvertering, de bloedsomloop en de ademhaling aanstuurt. Het neuro-endocriene systeem dat zorgt voor de afgifte van hormonen uit de hypofyse en hypothalamus, raakt ook ontregeld. Deze hormonen reguleren de functies van verschillende organen. Tot slot heeft stress invloed op het immuunsysteem dat beschermt tegen lichaamsvreemde stoffen en ziekte. Als stress deze systemen verstoort, komen krachten vrij die het evenwicht proberen te herstellen. Excessieve of disproportionele krachten verstoren de homeostase duurzaam. De homeostase is het in evenwicht zijn van allerlei functies in het lichaam (zoals temperatuur, bloeddruk en ademhaling) en het vermogen van het lichaam dit evenwicht te behouden, ondanks omgevingsinvloeden. Een duurzame verstoring van het evenwicht bedreigt op een gegeven moment de gezondheid. Overmatige stress leidt direct tot verstoring van dit evenwicht, maar ook tot aantasting van fysieke mogelijkheden om te herstellen. Het tegengaan of afzwakken van stress is erg belangrijk voor de gezondheid.

Het stressmodel veronderstelt dat je in verschillende (lichte of zware) stressvolle omstandigheden een beroep doet op je relaties om de stress te verminderen (Hammer, 1983). In tijden van een 'gewone' levensverandering, zoals bij het voltooien van een opleiding, ben je het best geholpen wanneer je een groot sociaal netwerk hebt. Via vrienden, of zelfs bekenden van die vrienden, krijg je bijvoorbeeld toegang tot nieuwe informatie en nieuwe contacten die je helpen een nieuwe stap te maken. In tijden van een persoonlijke crisis, zoals het overlijden van een dierbare, zijn personen belangrijk met wie je een intieme band en veel contact hebt. Zij zijn het best in staat je te ondersteunen en daarmee stress tegen te gaan. Als deze mensen er niet zijn, heeft een crisis vaak ernstige gevolgen. Zo leidt in dergelijke gevallen hartfalen vaker tot overlijden (Cohen, Kaplan & Manuck, 1994). Een netwerk met een grote diversiteit, met zowel nauwe relaties als relaties die meer aan de 'rand' van het netwerk zitten, biedt daarom goede mogelijkheden om in allerlei verschillende stressvolle omstandigheden steun te krijgen.

Psychologische
model
Stressmodel

Het stressmodel kent twee varianten:

- 1 Het netwerk vermindert stress.
- 2 Het netwerk vermindert de negatieve gevolgen van stress.

Het netwerk vermindert stress

Onwelbevinden

Volgens de eerste variant van het stressmodel gaat het netwerk altijd effectief stress tegen. Het besef deel uit te maken van een zorgende omgeving geeft geborgenheid. Deze geborgenheid komt tegemoet aan een natuurlijke geneigdheid om hechte gevoelsbanden aan te gaan. Onwelbevinden ontstaat als je netwerk te klein is of te weinig ondersteuning biedt. Dit onwelbevinden kan verschillende vormen aannemen, zoals angst, depressie of eenzaamheid. Het brengt een fysiologisch proces op gang dat je gezondheid aantast. Mogelijk is dat ook het geval bij de hyperventilerende mevrouw Coenders uit de casus. Zij heeft geen contacten in haar eigen omgeving die haar geborgenheid en zekerheid geven en leunt daarom sterk op de vrijwilligster. Alleen de straat op gaan in een onveilige buurt geeft haar veel stress. Een geringe tegenslag leidt bij mevrouw Coenders eerder tot het ervaren van stress dan bij mensen die zich wel geborgen weten bij anderen. Door een tekortschietend netwerk word je vaker aan stressvolle situaties blootgesteld, of ervaar je een situatie eerder als stressvol (Hawkey & Cacioppo, 2003). Dat een goed functionerend netwerk altijd stress tegengaat, noemen we het hoofdeffect-stressmodel. Nadelige gevolgen voor de gezondheid zijn er vooral voor sterk sociaal geïsoleerde mensen die binnen hun netwerk geen steun krijgen.

Hoofdeffect

Het netwerk vermindert de negatieve gevolgen van stress

Volgens de tweede variant van het stressmodel gaat het netwerk vooral gezondheidsbedreiging tegen wanneer er een bedreigende levenssituatie optreedt. In zo'n situatie moet je het probleem aanpakken; dit wordt meestal aangeduid met het Engelse woord 'coping'. Als je het probleem niet aanpakt, of als het aanpakken van het probleem niet lukt, ontstaat stress. Als je sociale omgeving je steunt bij het aanpakken van het probleem, ontstaat stress minder snel (Cassel, 1976). Als stress wel optreedt, kan netwerksteun de stress verminderen, met positieve gevolgen voor je gezondheid. Een goed functionerend netwerk buffert dus de negatieve effecten van de bedreigende situatie, zodat stress niet ontstaat of vermindert. Dit noemen we het buffereffect-stressmodel (Cohen & Wills, 1985; Hammer, 1983). In het geval van mevrouw Coenders vormt de steun van de vrijwilligster van de Zonnebloem de buffer; met haar erbij vindt zij het minder eng om boodschappen te doen. Waar volgens het hoofdeffect-stressmodel het effect van ondersteuning altijd helpt, helpt steun binnen het buffereffect-stressmodel alleen wanneer de stressor optreedt. In het geval van mevrouw Coenders is dat wanneer zij naar buiten gaat, omdat ze dat niet meer alleen durft.

Buffereffect

10.2.4 Het gedragbeïnvloedingsmodel

Naast de positieve werking van netwerken bij het tegengaan van stress en de gevolgen daarvan, kunnen netwerken een gezonde leefstijl en gezondheid bevorderend gedrag stimuleren. Dit heet het gedragbeïnvloedingsmodel (Berkman, Glass, Brissette & Seeman, 2000). De ongezond levende familie Dekker uit de casus wordt in het televisieprogramma gestimuleerd tot gezond gedrag. Het netwerkgedrag kan drie verschillende vormen aannemen:

- 1 beïnvloeding zonder gerichte actie
- 2 beïnvloeding met gerichte actie
- 3 beïnvloeding door informatie en advies

Gedragbeïnvloedingsmodel

Beïnvloeding zonder gerichte actie

Ten eerste kan je netwerk je gedrag beïnvloeden zonder dat iemand gerichte actie onderneemt om je gezondheid te verbeteren. Zo zoeken vrouwen die in hun netwerk vrouwen hebben met borstkanker vaker zelf preventieve zorg dan vrouwen die niet in direct contact staan met vrouwen met deze ziekte. Er is hier sprake van indirecte en passieve beïnvloeding: er worden geen activiteiten ondernomen die direct het gezondheidsgedrag beïnvloeden.

Hoe sterk gedragsbeïnvloeding is, zien we aan voorbeelden waar het netwerk een negatieve invloed heeft op de gezondheid. Als adolescent start je eerder met roken wanneer je veel leeftijdsgenoten hebt die roken. De kans dat je overgewicht hebt, is groter wanneer je veel mensen met overgewicht in je netwerk hebt (Smith & Christakis, 2008). Het is daarom waarschijnlijk dat vader en moeder Dekker uit de casus hun ongezonde leefpatroon hebben doorgegeven aan hun zoon. Dit doorgeven wordt wel netwerkbesmetting genoemd.

Netwerk-
besmetting

Beïnvloeding met gerichte actie

Een tweede vorm van gedragsbeïnvloeding betreft activiteiten van netwerklleden die beogen iemands gedrag te veranderen. Als je deel uitmaakt van een netwerk, stimuleert dit de sociale interacties. Dit is positief voor onze sociale integratie, maar kan ook actief worden ingezet voor mentale stimulering waarmee cognitieve functies verbeteren. Dit is bijvoorbeeld van belang bij zich ontwikkelende dementie (Aartsen, Van Tilburg, Smits & Knipscheer, 2004). Het netwerk is hier actief, maar de activiteiten zijn nog niet direct gericht op beïnvloeding van het gezondheidsgedrag.

Mentale
stimulering

Beïnvloeding door informatie of advies

De derde vorm van gedragsbeïnvloeding is het geven van informatie of advies. Iemand in je netwerk kan, al dan niet op verzoek, informatie over een ziekte of gezondheidsbedreigend gedrag geven. Dit stimuleert je om tijdig maatregelen te nemen, zoals het aanpassen van je leefstijl of het zoeken van passende zorg. Het netwerk is hier actief en gericht bezig. In een zwaardere vorm oefent het netwerk sociale druk uit. Je netwerklleden proberen dan je gedrag te veranderen. Zo proberen ze je te laten stoppen met roken, minder alcohol te drinken, een dieet beter na te leven, adequaat gebruik te maken van gezondheidszorg, of veilige seks te hebben. We zagen dit ook in de casus van de familie Dekker, waar sterke druk werd uitgeoefend om de familieleden tot gezonder gedrag aan te zetten.

Informatie of
advies

TUSSENVRAG 10.2

Welke vier modellen verklaren het verband tussen netwerken en gezondheid?

10.3 De vier modellen besproken

Het effect van netwerken op gezondheid is soms direct zichtbaar. Bij het gedragsbeïnvloedingsmodel ontwikkelt een ziekte zich soms snel als je het advies om een wond te laten behandelen niet opvolgt. Als vader Dekker het volhoudt om gezonder te leven, is zijn conditieverbetering waarschijnlijk snel zichtbaar. Of zijn ziekten verdwijnen of minder gevolgen hebben, is echter pas op langere termijn zichtbaar. Binnen het stressmodel komen fysiologische processen op gang die een tijd duren voordat de aantasting van

gezondheid zichtbaar wordt. De bescherming van netwerken zit vooral in het voortraject. Wanneer deze bescherming niet goed genoeg is, ontwikkelt zich een ziekte, maar daar kan jaren overheen gaan.

Een vraag die we aan het begin van dit hoofdstuk stelden was: wat zijn de drie relevante kenmerken van persoonlijke relatienetwerken? Dit zijn omvang, samenstelling en vooral steun. Welke mix hiervan een netwerk optimaal maakt, is echter nog niet bekend. Klassieke studies zoals die van Berkman en Syme (1979) hebben al lang geleden aangetoond dat netwerken op allerlei manieren heilzaam zijn. In hun onderzoek onder mannen in de leeftijd van 60 tot 69 jaar was de sterfte na negen jaar 34% wanneer ze niet gehuwd waren tegen 27% wanneer ze wel gehuwd waren. Van de mannen met weinig contact met familie en vrienden stierf 41% tegen 24% van de mannen die veel contact hadden. Dit zijn grote verschillen! Het effect van netwerken op morbiditeit en mortaliteit is vervolgens in talloze onderzoeken opnieuw aangetoond (Smith & Christakis, 2008). Dat geeft het belang aan van het thema, al weten we in een bepaalde situatie niet altijd precies hoe de processen lopen en welke netwerkenkenmerken het belangrijkste zijn.

**Persoonlijk-
heid**

**Sociaalecono-
mische status**

Er zijn meer factoren die bepalen hoe netwerken en gezondheid elkaar beïnvloeden. Eén daarvan is de persoonlijkheid van het individu. Mensen die sterker in het leven staan, meer controle hebben over hun leven en een hogere eigenwaarde hebben, hebben in veel gevallen een meer ontwikkeld netwerk en minder kans op ziekte en aandoeningen dan mensen met minder gunstige persoonlijkheidskenmerken. Eenzelfde verschil zien we tussen mensen met een hoge sociaaleconomische status (meer geld, hogere opleiding, etc.) en mensen met een lage sociaaleconomische status. Ook zijn er verschillen tussen mannen en vrouwen. Zij hebben niet alleen verschillende soorten netwerken, maar verschillen ook biologisch, wat weer gevolgen heeft voor het ontwikkelen van ziekten en aandoeningen en voor de kans op vroegtijdig overlijden.

10.4 Sluiten de modellen elkaar uit?

We weten nu dat ongezondheid negatieve en positieve gevolgen kan hebben voor je relatienetwerk, maar ook dat een netwerk kan bijdragen aan de voorkoming van ziekte. Maar de werkelijkheid is nog complexer. De in de verschillende modellen beschreven situaties kunnen namelijk in de realiteit tegelijkertijd optreden. Als je ziek bent, kunnen je netwerkleden gemobiliseerd worden, kun je steun krijgen, en proberen mensen je gezondheidsgedrag te verbeteren. Een gelijktijdige inzet van het netwerk op verschillende manieren vergroot het effect (Ertel, Glymour & Berkman, 2009). Zo hebben mannen die in het ziekenhuis herstellen van een hartoperatie, baat bij frequent bezoek van hun echtgenote. Mannen van wie de echtgenote vaak langskwam, werden gemiddeld eerder uit het ziekenhuis ontslagen dan mannen van wie de echtgenote niet vaak op bezoek kwam. Dat kwam doordat de echtgenote emotionele steun gaf, en haar man stimuleerde ademhalingsoefeningen te doen en voldoende rust te nemen. Als we gezondheid willen bevorderen, is het dus verstandig om gelijktijdig verschillende strategieën in te zetten.

TUSSENVRAAG 10.3

Bedenk een casus waarin alle vier de situaties die in de modellen zijn beschreven voorkomen.

Samenvatting

In dit hoofdstuk beschreven we de samenhang tussen het persoonlijk netwerk en gezondheid. De omvang, samenstelling en steun van het netwerk zijn hierbij belangrijk. Netwerkrelaties beïnvloeden gezondheid op verschillende manieren. We kunnen hiertoe vier modellen voor de relatie tussen netwerken en gezondheid onderscheiden: het barrièremodel, het mobilisatiemodel, het stressmodel en het gedragbeïnvloedingsmodel. Het barrièremodel richt zich op situaties waarin mensen in hun contactmogelijkheden belemmerd zijn, bijvoorbeeld omdat ze in een rolstoel zitten. Hierdoor kunnen ze niet deelnemen aan een aantal activiteiten en zal hun netwerk daarom beperkt zijn. Het mobilisatiemodel daarentegen beschrijft dat juist door een ziekte netwerkleden actief worden en steun aanbieden. Het stressmodel richt zich erop dat door relaties stress minder wordt en mensen ook beter kunnen omgaan met de gevolgen van stress. Het gedragbeïnvloedingsmodel, tot slot, beschrijft de positieve invloed die uit kan gaan van contacten met anderen.

Als je een goed functionerend netwerk hebt en er overkomt je iets, dan bekommeren mensen zich om je. Je relaties verbeteren doordat familie en vrienden vaker op bezoek komen, je emotioneel bijstaan en je helpen met het oplossen van praktische problemen. Oppervlakkige relaties echter verdwijnen omdat ziekte het onderhouden van contacten belemmert. Ziekte is het resultaat van een fysiologisch proces en wordt aangejaagd door stress. De kans dat je stress ontwikkelt of niet goed op stress reageert, is groot wanneer je geen of weinig ondersteunende mensen hebt. Je netwerk kan er ook voor zorgen dat je gezonder leeft en op die manier het ontstaan of de gevolgen van ziekten tegengaat. Een netwerk met veel en intensieve contacten is niet altijd goed. Als je een netwerk hebt waar een ongezonde leefstijl de norm is, krijg je eerder gezondheidsproblemen.

Literatuur

- Aartsen, M.J., van Tilburg, T.G., Smits, C.H.M. & Knipscheer, C.P.M. (2004). A longitudinal study on the impact of physical and cognitive decline on the personal network in old age. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21, 249–266.
- Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I. & Seeman, T.E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine*, 51, 843–857.
- Berkman, L.F. & Syme, S.L. (1979). Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186–204.
- Broese van Groenou, M.I. & van Tilburg, T.G. (2007). Network analysis. In J.E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of Gerontology: Age, Aging, and the Aged* (2nd. edition) (Vol. 2, pp. 242–250). San Diego, CA: Elsevier.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107–123.
- Cohen, S., Kaplan, J.R. & Manuck, S.B. (1994). Social support and coronary heart disease: Underlying psychological and biological mechanisms. In S.A. Shumaker & S.M. Czajkowski (Eds.), *Social Support and Coronary Heart Disease* (pp. 195–221). New York: Plenum.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310–357.
- Ertel, K.A., Glymour, M.M. & Berkman, L.F. (2009). Social networks and health: A life course perspective integrating observational and experimental evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26, 73–92.
- Field, D., Minkler, M., Falk, R.F. & Leino, E.V. (1993). The influence of health on family contacts and family feelings in advanced old age: A longitudinal study. *Journal of Gerontology*, 48, P18–P28.
- Fokkema, T. & Knipscheer, C.P.M. (2007). Escape loneliness by going digital: A quantitative and qualitative evaluation of a Dutch experiment in using ECT to overcome loneliness among older adults. *Aging & Mental Health*, 11, 496–504.
- Haines, V.A. & Hurlbert, J.S. (1992). Network range and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 254–266.
- Hammer, M. (1983). 'Core' and 'extended' social networks in relation to health and illness. *Social Science and Medicine*, 17, 405–411.
- Hawkey, L.C. & Cacioppo, J.T. (2003). Loneliness and pathways to disease. *Brain, Behavior, and Immunity*, 17, S98–S105.
- House, J.S., Umberson, D. & Landis, K.R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14, 293–318.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 99–127.
- Smith, K.P. & Christakis, N.A. (2008). Social networks and health. *Annual Review of Sociology*, 34, 405–429.
- Tijhuis, M.A.R., Flap, H.D., Foets, M. & Groenewegen, P.P. (1998). Selection in the social network: Effects of chronic diseases. *The European Journal of Public Health*, 8, 286–293.

- Tilburg, T.G. van & Broese van Groenou, M.I. (2002). Network and health changes among older Dutch adults. *Journal of Social Issues*, 58, 697–713.
- Uchino, B.N., Cacioppo, J.T. & Kiecolt-Glaser, J.K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488–531.